

小児慢性特定疾病医療受給者証資格喪失届

令和 年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者)

住 所

氏 名

受診者との続柄

電 話 () -

資格喪失を次のとおり届け出ます。

受給者 番 号								医療 機 関	
受 診 者	ふりがな 氏 名					生年 月日	平成 令和	年 月 日	
	住 所	〒 TEL () -							
喪 失 内 容	事 由	1 治 ゆ 2 転 出 3 治療の中止 4 死 亡 5 認定基準に非該当 6 その他 ()							
	喪失年月日	令和 年 月 日							
備考欄									

(注意事項)

この届は、保護者（受診者が成年患者の場合は受診者）の住所地を所轄する保健所・支所に提出してください。